

問診票（本人用）

お名前（ふりがな） ()
生年月日 西暦 年 月 日

適切な状況の把握のため以下の質問について、差支えのない範囲でご記入お願い致します。今回の相談を考えたのがご本人であればご本人、ご家族が心配して考えている場合にはご家族が記入してください。

1. 記入したのはどなたですか？

- 本人（お名前：) ご家族（ 続柄：)
 その他（)

2. ご来院について教えてください。目的や動機に当てはまるものを選んで下さい（いくつでも）

診断のため

気になる診断名は以下からチェックをつけてください。

- 自閉症スペクトラム障害(症) ADHD(注意欠陥多動性障害)
 アスペルガー症候群 自閉症 広汎性発達障害
 学習障害 発達性協調運動障害
 その他（)

進学・就労のため

人から勧められて

- 親 兄弟姉妹 配偶者 上司 教師 学校スクールカウンセラー
 医者 その他（)

その他（)

3. これまでの相談先と相談内容をご記入ください。（医療機関以外で学校、療育センター、教育センターなど）

4. これまでかかったことのある医療機関について、体の病気やケガ等も含めご記入ください。

時期	医療機関（診療科目）	病気の名前（診断名）
()歳～()歳		
()歳～()歳		
()歳～()歳		
()歳～()歳		

5. 現在の健康状態についてお答え下さい。

困っていること、症状はどのようなものですか？またそれはいつ頃からですか？

睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 寝付けない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 日中の眠気 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が不規則 (布団に入る時刻: 入眠時刻: 起床時刻:)
食事	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重が減少した(ケ月で kg) <input type="checkbox"/> 体重が増えた(ケ月で kg)
アレルギー	薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() その他のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
生理	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> しばらく来ていない <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある
服薬	現在お飲みになっている薬はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:)

6. 対人関係で気になることはありますか?当てはまるものを選んで下さい。

- 現在はない 現在ある→ 友人関係 家族関係 職場関係 その他
過去はない 過去あった→ 友人関係 家族関係 職場関係 その他

7. 学歴と学校の成績についてはいかがでしたか?可能な範囲でご記入下さい。学生の方は現在の状況についてお答えください。

	学校名	友達関係・その他特記事項(通級・支援級・不登校・転校など)
小学校		
中学校		
高校		
専門学校・大学等		

全体的な成績	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位
得意な科目	<input type="checkbox"/> 国語 <input type="checkbox"/> 算数(数学) <input type="checkbox"/> 理科 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 体育(<input type="checkbox"/> 球技 <input type="checkbox"/> 球技以外) <input type="checkbox"/> 図工(美術) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
不得意な科目	<input type="checkbox"/> 国語 <input type="checkbox"/> 算数(数学) <input type="checkbox"/> 理科 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 体育(<input type="checkbox"/> 球技 <input type="checkbox"/> 球技以外) <input type="checkbox"/> 図工(美術) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
読み・書き・計算に困難はありましたか?	<input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 特にない

8. 感覚の過敏さはお持ちですか?

- 視覚 聴覚 嗅覚 味覚 皮膚感覚
 小さい頃と現在で違いがありますか?
なし あり

9. 小・中学校、高校、それ以降の進学先で部活や習い事はやっていましたか?

就学前	<input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 運動系(→) <input type="checkbox"/> 文化系(→)
小学校	<input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 運動系(→) <input type="checkbox"/> 文化系(→)
中学校	<input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 運動系(→) <input type="checkbox"/> 文化系(→)
高校	<input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 運動系(→) <input type="checkbox"/> 文化系(→)
大学・専門	<input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 運動系(→) <input type="checkbox"/> 文化系(→)
その他地域の活動など	(内容:)

10. 職歴(アルバイト等も含む)のある方はご記入下さい。

勤務していた年齢	職場・職種	雇用形態
()歳～()歳頃		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他
()歳～()歳頃		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他
()歳～()歳頃		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他
()歳～()歳頃		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他

11. ご家族・ご親戚についておうかがいします。

ご家族・ご親戚でご本人に似ている方はいらっしゃいますか？

いる それはどなたですか？(→) いない

家族やご親族で精神科・心療内科などにかかったことがある方がいればご記入下さい。

同居または近しい家族についてお聞かせ下さい。

続柄	年齢	本人との同居	職業	特記事項
父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

12. 趣味や好きなこと、くせはありますか？よろしければ質問にもお答え下さい。

趣味	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(→) <input type="checkbox"/> 以前あった(→)
くせ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(→) <input type="checkbox"/> 以前あった(→)
テレビは見ますか？	<input type="checkbox"/> 見ない <input type="checkbox"/> 見る(→好きな番組:)
好きなスポーツ・選手はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(→)
好きな芸能人はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(→)

13. 異性の交際相手はいらっしゃいますか？

いない 過去いた 今いる 既婚

14. 性格傾向について当てはまるものを選んでください(複数回答可)

- おとなしい 無口 素直 正直 几帳面 孤独 人見知り 泣き虫 おびえる
 敏感 内弁慶 小心 甘ったれ かんしゃく持ち 短気 やきもち ひねくれ
 わがまま 怠惰 陽気 のんき 勤勉 ハキハキしている おしゃべり 勝気
 強情 移り気 見栄っ張り 社交的 プライドが高い 率直 間違いを認められない
 やさしい

-----ご協力ありがとうございました-----